

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЭКСТРАВАЗАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

Никоненко А.А.

Исследованы особенности клинически стеноза чревного ствола, разработан алгоритм диагностики абдоминального ишемического синдрома (ангиография является окончательным методом диагностики стеноза чревного ствола). Морфологические исследования при экстравазальном стенозе чревного ствола выявили значительные изменения, которые играют важную роль в возникновении и прогрессировании стеноза и вызывают ишемические, воспалительные и склеротические изменения в органах желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: абдоминальный ишемический синдром, стеноз чревного ствола, абдоминальная боль, ангиография.

Клиническая картина окклюзионно-стенотического поражения чревного ствола характеризуется значительной вариабельностью и нередко в клинике проходит под маской многих гастроэнтерологических и неврологических заболеваний [1,3,4].

По данным авторов, причиной «angina abdominalis», в 38% являлось окклюзионно-стенотическое поражение чревного ствола и из них в 98.9% – экстравазальная компрессия [1,2,5]. Чревное сплетение и его нейрофиброзная ткань самостоятельно или в сочетании со срединной дугообразной связкой диафрагмы являются причиной компрессии чревного ствола, а иногда – одновременно и верхней брыжеечной артерии [6,8]. Клинико-анатомические исследования большинства авторов показывают, что соединительная ткань, окружающая чревный ствол и периневральная ткань могут быть подвержены склеротическим изменениям и вызывают экстравазальный стеноз чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Вопрос о характере и степени изменения этих тканей до сих пор остается

открытым [7].

Цель работы: изучение степени и характера морфологических изменений структур, сдавливающих чревную артерию с развитием абдоминального ишемического синдрома.

Материалы и методы. На кафедре госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета, на базе отделений сосудистой и общей хирургии с 1995 года обследовано 120 больных с подозрением на абдоминальный ишемический синдром. Больные обследовались согласно разработанному нами алгоритму: после объективного осмотра и выявления признаков абдоминальной ишемии всем больным проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование чревного ствола и верхней брыжеечной артерии (Филипс “Envision-ND” с доплерографией (USA,2008). Если при ультразвуковом исследовании выявлены признаки стеноза/компрессии чревного ствола с клинически значимым нарушением кровотока, таким больным выполняли ангиографию. Ангиографическое исследование выполнено 36 больным на аппарате Siemens Axiom Artis MP (Германия, 2005) по разработанной в клинике методике, 2 больным проведена контрастная спиральная томография. При выявлении гемодинамически значимого стеноза чревного ствола выполняли хирургическое лечение. У больных с подтвержденным стенозом чревного ствола до операции проводили ФГДС с биопсией желудка. Во время операции на патогистологическое исследование отправляли образцы нейро-фиброзной ткани солнечного сплетения, которая вызывала компрессию, а также – биоптат печени. Материал обрабатывался общепринятыми методами гистологических исследований. Фрагменты удаленных тканей, печени и гастродуоденальной биопсии фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин, срезы толщиной 7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, Шифф-реактивом, трихромом по Массону, альдегид-фуксином на эластик, и по Романовскому

Результаты. Основной жалобой больных (n=36) был болевой синдром в эпигастрии (95.4%), из них в 42,3% отмечается усиление боли при физической

нагрузке. Типичным симптомом был систолический шум в проекции чревного ствола (79%), однако данный симптом не может быть специфичным, так как при окклюзии чревного ствола шум отсутствует.

Выявленное при ультразвуковом дуплексном сканировании значимое нарушение гемодинамики по чревной артерии было абсолютным показанием для проведения ангиографического исследования. На полученных ангиограммах (n=36) у 2 (5,88%) больных обнаружена окклюзия чревного ствола на протяжении 1.5 см от устья. У 28 (82,35%) больных отмечалось наличие стенозов от 40 до 80%, нередко в сочетании с патологическим изгибом чревного ствола. В остальных случаях стеноз чревного ствола не превышал 10% или вообще патологии не выявлено. Наличие стеноза более 50% (по данным ангиографии) считали показанием к операции. У всех больных с гемодинамически значимым стенозом отмечались эрозивно-язвенное поражение слизистой желудка или 12 п.к., признаки хронического атрофического гастрита. Хирургическое лечение выполнено 25 больным, в одном случае – стентирование чревного ствола. Причиной стеноза чревного ствола в 92,6% была экстравазальная компрессия измененными тканями солнечного сплетения, из них в 34,23% в сочетании с компрессией ножками диафрагмы. У двух больных выявлен стеноз чревного ствола за счет атеросклеротической бляшки, при этом изменения в тканях солнечного сплетения были минимальными.

При гистологическом исследовании в тканях, удаленных при декомпрессии чревного ствола, обнаружены: нервные стволики, симпатические ганглии, мышечная ткань, мелкие лимфоузлы, расположенные в непосредственной близости от места сдавления. В нервных стволиках чревного сплетения обнаружены отек, очаги лимфоцитарной инфильтрации, признаки хронического воспаления, эндо- и периневральный склероз, а также пролиферация нервных волокон. В зависимости от выраженности этих изменений отмечалась тенденция к увеличению их толщины. Соединительная ткань, окружающая нервные стволики, в одних случаях представлена рыхлой соединительной тканью с явлениями отека, миксоматоза и

очагами лимфоцитарной инфильтрации, в других наблюдениях преобладали процессы коллагенизации, фиброза, вплоть до формирования рубцовой ткани. В симпатических узелках отмечались дистрофические изменения нервных клеток с тигролизом и накоплением липофусцина в цитоплазме. В мелких лимфатических узелках отмечалась гиперплазия лимфоидных фолликулов, и лишь в одном явлении – катарально-десквамативного изменений в лимфоузле.

Визуальных изменений печени на операции декомпрессии чревного стола не выявлено. При гистологическом исследовании интраоперационных биопсий отмечалось сохранение балочной структуры печеночных долек, на фоне которых обнаруживались мозаичные сливающиеся очаги ишемического повреждения с дистрофическими изменениями гепатоцитов. При анализе ШИК реакции в этих участках отмечалось уменьшение содержания гликогена. В перипортальных участках наблюдались очаги жировой дистрофии, а в печеночных клетках центра долек вокруг центральных вен – накопление липофусцина. Воспалительные изменения в виде незначительной лимфоидной инфильтрации портальных трактов обнаружены в единичных случаях, и лишь в одном случае они были более выраженными и соответствовали морфологическим проявлениям реактивного персистирующего гепатита. Склеротические процессы в портальных трактах были умеренными, и лишь в одном случае фиброз портального тракта привел к сужению просвета внутри печеночного желчного протока.

При гистологическом исследовании биоптатов, полученных при фиброгатродуаденоскопии, были обнаружены хронический атрофический дуоденит, для которого характерно укорочение и слипание ворсинок, атрофия подслизистого слоя и уменьшение количества желез. В двух случаях на фоне атрофии отмечались признаки активного воспаления: воспалительная инфильтрация всех слоев слизистой с поверхностными эрозиями. В слизистой желудка был обнаружен хронический атрофический гастрит в двух случаях с кишечной метаплазией. В одном случае на фоне хронического атрофического гастрита отмечалась диффузная инфильтрация всех слоев слизистой и образование

поверхностных эрозий. Следует отметить, что наиболее часто поражения слизистой желудка обнаруживались в антральном отделе.

Таким образом, клинико-морфологические исследования при экстравазальном стенозе чревного ствола выявили значительные изменения не только соединительной ткани, но и нервных стволиков и ганглиев, окружающих чревную артерию в виде воспалительных и склеротических изменений, которые играют важную роль в возникновении и прогрессировании стеноза и вызывают ишемические, воспалительные и склеротические изменения в органах желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Гавриленко А.В., Косенков А.Н. Диагностика и хирургическое лечение хронической абдоминальной ишемии. – Москва, 2000. – 169.
2. Mikkelsen W.P. Intestinal angina: Its surgical significance // Am J Surg. – 1957. – V.94 – P. 262.
3. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Юдин А.В., Нспецифический аортоартериит. – М., 2000.
4. Михеев И.Н. Компрессионный стеноз чревного ствола: причины развития, клиническая картина, результаты хирургического лечения, практические рекомендации – Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2006. – №2 – С. 52-55.
5. Петровский Б.В., Гавриленко А.В. // Хроническая абдоминальная ишемия: 35-летний опыт хирургического лечения – Анналы хирургии. – 2003. – №3 – С. 10-14.
6. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. – М.: «Анахарсис», 2003. – 135 с.
7. Зайцев О.В. Синдром чревного и верхнебрыжеечного сплетений: новый взгляд на забытую проблему // Медицина неотложных состояний. – 2007. – №6(13) – С. 43-47.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПРИ ЕКСТРАВАЗАЛЬНОМУ СТЕНОЗІ ЧЕРЕВНОГО СТОВБУРА

Никоненко А.О.

Досліджені особливості клінічних проявів стенозу черевного стовбура, розроблено алгоритм діагностики абдомінального ішемічного синдрому (ангіографію вважаємо золотим стандартом діагностики стенозу черевного стовбура). Клініко-морфологічні дослідження при стенозі черевного стовбура виявили значні зміни, які відіграють важливу роль у виникненні та прогресуванні стенозу і викликають ішемічні, запальні та склеротичні зміни в органах шлунково-кишкового тракту.

Ключові слова: абдомінальний ішемічний синдром, стеноз черевного стовбура, ангіографія.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN STENOSIS OF CELIAC TRUNK

Nykonenko A.

Particularities of the clinical manifestations of coeliac trunk stenosis is conducted. Algorithm of the diagnostics of abdominal ischemic syndrome is designed (angiography is considered as a gold standards of the diagnostics of coeliac trunk stenosis). Morphological studies in stenosis of coeliac trunk revealed significant changes, which play an important role in the genesis and progression of stenosis and cause ischemic, inflammatory and sclerotic changes in the organs of the gastrointestinal tract.

Key words: abdominal ischemic syndrome, coeliac trunk stenosis, angiography.